

OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR

--

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

--

MICS.HH.30



QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS
MICS Madagascar, 2018



PANNEAU D'INFORMATION SUR L'ENFANT		UF
UF1. Numéro de grappe : _____	UF2. Numéro du ménage: _____	
UF3. Nom et numéro de ligne de l'enfant: NOM _____	UF4. Nom et numéro de ligne de la mère / gardien(ne) : NOM _____	
UF5. Nom et numéro de l'enquêteur : NOM _____	UF6. Nom et Numéro du chef d'équipe : NOM _____	
UF7. Jour/ Mois / Année de l'interview: ____ / ____ / 2 0 1 8	UF8. Enregistrer l'heure: HEURES : MINUTES ____ : ____	

Vérifier l'âge du/de la répondant(e) à HL6 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, QUESTIONNAIRE MENAGE:
Si l'âge est de 15-17 ans, vérifier que le consentement d'un adulte pour l'interview a été obtenu (HH33 ou HH39) ou pas nécessaire (HL20=90). Si le consentement est nécessaire mais pas obtenu, l'interviewne doit pas commencer et '06' doit être enregistré à UF17. Le/la répondant(e) doit avoir au moins 15 ans.

UF9. Vérifier les questionnaires complétés dans ce ménage : Avez-vous ou un autre membre de votre équipe déjà interviewé ce répondant sur un autre questionnaire ?	OUI, DEJA INTERVIEWE NON, PREMIERE INTERVIEW	1 ⇨ UF10B 2 ⇨ UF10A
UF10A. Bonjour, je m'appelle (<i> votre Nom </i>). Nous sommes de l'Institut National de la Statistique (INSTAT). Nous menons une enquête sur la situation des enfants, des familles et des ménages. Je voudrais parler avec vous de la santé et du bien-être de (<i> Nom de l'Enfant à UF3 </i>). Cette interview prend habituellement 30 minutes. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question ou voulez stopper l'enquête, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ?	UF10B. Je voudrais parler avec vous de la santé et du bien-être de (<i> Nom de l'Enfant à UF3 </i>). Cette interview prend habituellement 30 minutes. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question ou voulez stopper l'enquête, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ?	
OUI 1 NON, PAS DEMANDE 2	1 ⇨ Module CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT 2 ⇨ UF17	

UF17. Résultat de l'interview de l'enfant de moins de 5 ans <i>Les codes font référence à la mère/gardien(ne). Discuter tous les résultats non complets avec votre superviseur.</i>	COMPLETE 01 PAS A LA MAISON 02 REFUSE 03 PARTIELLEMENT COMPLETE 04 EN INCAPACITE (préciser) 05 PAS DE CONSENTEMENT D'UN ADULTE POUR MERE/GARDIEN(NE) DE 15-17 ANS 06 AUTRE (préciser) 96
--	--

MICS6.UF.1

CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT DE MOINS DE 5 ANS		UB
UB0. Avant que je commence l'interview, pourriez-vous apporter, SVP, le certificat de naissance de (<i>nom</i>), sa carte/carnet de vaccination ou toute carte de vaccination d'une formation sanitaire privée ? Nous aurons besoin de nous référer à ces documents.		
UB1. En quel jour, quel mois et quelle année (<i>nom</i>) est-il/elle né(e) ? <i>Insister:</i> Quand est son anniversaire ? <i>Si la mère/gardien(ne) connaît la date de naissance exacte, enregistrer aussi le jour de naissance ; sinon, enregistrer '98' pour jour.</i> <i>Les Mois et Année doivent être enregistrés.</i>	DATE DE NAISSANCE JOUR__ __ NSP JOUR98 MOIS__ __ ANNEE2 0 1 __	
UB2. Quel âge a (<i>nom</i>) ? <i>Insister:</i> Quel âge a eu (<i>nom</i>) à son dernier anniversaire ? <i>Enregistrer l'âge en années révolues.</i> <i>Enregistrer '0', si moins d'un an.</i> <i>Si les réponses à UB1 et UB2 sont incohérentes, insister et corriger.</i>	AGE (EN ANNEES REVOLUES).....__	
UB3. Vérifier UB2: Age de l'enfant ?	0, 1, OU 2 ANS1 3 OU 4 ANS2	1 ⇒ UB9
UB4. Vérifier le numéro de ligne du/de la répondant(e) (UF4) et celui du/de la répondant(e) au MENAGE QUESTIONNAIRE (HH47):	REPONDANTE EST LA MEME, UF4=HH471 REPONDANTE N'EST PAS LA MEME UF4≠HH472	2 ⇒ UB6
UB5. Vérifier ED10 dans le MODULE EDUCATION DU QUESTIONNAIRE MENAGE : est-ce que l'enfant fréquente un programme d'éducation pré-scolaire pendant l'année scolaire actuelle ?	OUI, ED10=01 NON, ED10≠0 OU BLANC2	1 ⇒ UB8B 2 ⇒ UB9
UB6. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà fréquenté un programme d'éducation pré-primaire, tel que le pré-scolaire ou akany fibeazana ?	OUI1 NON2	2 ⇒ UB9
UB7. A n'importe quel moment depuis le mois d'octobre 2017, a-t-il/elle assisté à (pré-scolaire ou akany fibeazana) ?	OUI1 NON2	1 ⇒ UB8A 2 ⇒ UB9
UB8A. Est-ce qu'il/elle fréquente actuellement (pré-scolaire ou akany fibeazana) ? UB8B. Vous avez mentionné que (<i>nom</i>) a fréquenté un programme d'éducation pré-scolaire cette année scolaire. Est-ce qu'il/elle participe actuellement à ce programme ?	OUI1 NON2	

MICS6.UF.2

UB9. Est-ce que (<i>nom</i>) est couvert(e) par une assurance santé ?	OUI1 NON2	2 ⇒ Fin
UB10. Par quel type d'assurance santé (<i>nom</i>) est-il/elle couvert(e) ? <i>Enregistrer tout ce qui est mentionné.</i>	ORGANISATION MUTUELLE DE SANTE/ ASSURANCE SANTE A BASE COMMUNAUTAIREA ASSURANCE SANTE DE L'EMPLOYEURB SECURITE SOCIALEC AUTRE ASSURANCE SANTE COMMERCIALE PRIVEE ACHETEED AUTRE (<i>préciser</i>)X	

MICS6.UF.3

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		BR
BR1. Est-ce que (<i>nom</i>) a un certificat de naissance ? <i>Si 'Oui', demander:</i> Puis-je le voir SVP ?	OUI, VU 1	1 ⇒ Fin
	OUI, PAS VU 2	2 ⇒ Fin
	NON 3	
	NSP 8	
BR2. La naissance de (<i>nom</i>) a-t-elle été enregistrée/déclarée à la mairie ou auprès de l'état civil ?	OUI 1	1 ⇒ Fin
	NON 2	
	NSP 8	
BR3. Savez-vous comment enregistrer la naissance de (<i>nom</i>) ?	OUI 1	
	NON 2	

MICS6.UF.4

DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE		EC
EC1. Combien de livres d'enfants ou de livres d'images avez-vous pour (<i>nom</i>) ?	AUCUN 00	
	NOMBRE DE LIVRES POUR ENFANTS 0 __	
	10 LIVRES OU PLUS 10	
EC2. Je voudrais savoir avec quoi (<i>nom</i>) joue quand il/elle est à la maison. Est-ce qu'il/elle joue avec : [A] des jouets fabriqués à la maison comme des poupées, voitures ou autres jouets fabriqués à la maison ? [B] des jouets d'un magasin ou des jouets d'un fabricant ? [C] des objets du ménage (comme des bassines, casseroles), ou des objets trouvés dehors (comme des bâtons, pierres, animaux, coquilles ou feuilles) ?	O N NSP	
	JOUETS FABRIQUES A LA MAISON 1 2 8	
	JOUETS D'UN MAGASIN 1 2 8	
	OBJETS DU MENAGE OU DE DEHORS 1 2 8	
EC3. Parfois les adultes qui s'occupent des enfants doivent quitter la maison pour aller faire des courses, faire la lessive, ou pour d'autres raisons et doivent laisser les jeunes enfants. Au cours de la semaine passée, combien de jours (<i>nom</i>) a-t-il/elle été: [A] laissé seul(e) pour plus d'une heure ? [B] laissé sous la garde d'un autre enfant, c'est-à-dire quelqu'un de moins de 10 ans, pour plus d'une heure? <i>Si 'Aucun', enregistrer '0'. Si 'NSP', enregistrer '8'.</i>	NOMBRE DE JOURS LAISSES SEUL POUR PLUS D'UNE HEURE __	
	NOMBRE DE JOURS LAISSES SOUS LA GARDE D'UN AUTRE ENFANT POUR PLUS D'UNE HEURE __	
EC4. Vérifier UB2: Age de l'enfant ?	AGE 0 OU 1 AN 1	1 ⇒ Fin
	AGE 2, 3 OU 4 ANS 2	

MICS6.UF.5

<p>EC5. Pendant les trois derniers jours, avez-vous, vous ou un autre membre du ménage de 15 ans ou plus, participé avec (nom) à l'une des activités suivantes :</p> <p><i>Si 'Oui', demander:</i> Qui a participé à cette activité avec (nom)?</p> <p><i>Une mère ou un père adoptif vivant dans le ménage qui a participé avec l'enfant doit être codé comme mère ou père.</i></p> <p><i>Enregistrer tout ce qui s'applique.</i></p> <p><i>'PERSONNE' ne peut pas être enregistré s'il y a un membre du ménage de plus de 15 ans qui a participé à cette activité avec l'enfant.</i></p> <p>[A] Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec (nom) ?</p> <p>[B] Raconter des histoires à (nom) ?</p> <p>[C] Chanter des chansons avec ou à (nom), y compris des berceuses ?</p> <p>[D] Emmener (nom) en dehors de la maison ?</p> <p>[E] Jouer avec (nom) ?</p> <p>[F] Nommer, compter ou dessiner des choses avec (nom) ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>MERE</th> <th>PERE</th> <th>AUTRE</th> <th>PERSONNE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LIRE LIVRES</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>RACONTER HISTOIRES</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>CHANTER CHANSONS</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>L'EMMENER DEHORS</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>JOUER AVEC</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>NOMMER, COMPTER, DESSINER</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		MERE	PERE	AUTRE	PERSONNE	LIRE LIVRES	A	B	X	Y	RACONTER HISTOIRES	A	B	X	Y	CHANTER CHANSONS	A	B	X	Y	L'EMMENER DEHORS	A	B	X	Y	JOUER AVEC	A	B	X	Y	NOMMER, COMPTER, DESSINER	A	B	X	Y	
	MERE	PERE	AUTRE	PERSONNE																																	
LIRE LIVRES	A	B	X	Y																																	
RACONTER HISTOIRES	A	B	X	Y																																	
CHANTER CHANSONS	A	B	X	Y																																	
L'EMMENER DEHORS	A	B	X	Y																																	
JOUER AVEC	A	B	X	Y																																	
NOMMER, COMPTER, DESSINER	A	B	X	Y																																	
<p>EC5G. Vérifier UB2: Age de l'enfant ?</p>	<p>AGE = 2 ANS1</p> <p>AGE = 3 OU 4 ANS2</p>	<p>1 ⇒ Fin</p>																																			
<p>EC6. Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé et le développement de votre enfant. Les enfants ne se développent pas tous de manière identique et ils n'apprennent pas tous à la même vitesse. Certains, par exemple, marchent plus tôt que d'autres. Ces questions portent sur plusieurs aspects du développement de votre enfant.</p> <p>Est-ce que (nom) connaît ou peut citer au moins dix lettres de l'alphabet ?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p> <p>NSP8</p>																																				
<p>EC7. Est-ce que (nom) peut lire au moins 4 mots simples et courants ?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p> <p>NSP8</p>																																				
<p>EC8. Est-ce que (nom) connaît les noms et les symboles des chiffres de 1 à 10 ?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p> <p>NSP8</p>																																				

MICS6.UF.6

<p>EC9. Est-ce que (nom) peut attraper par terre un petit objet avec deux doigts, tel un bâton ou un caillou ?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p> <p>NSP8</p>	
<p>EC10. Est-ce que (nom) est parfois trop malade pour jouer ?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p> <p>NSP8</p>	
<p>EC11. Est-ce que (nom) est capable de suivre de simples instructions sur comment faire quelque chose correctement ?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p> <p>NSP8</p>	
<p>EC12. Quand on donne quelque chose à faire à (nom) est-il/elle capable de le faire de manière indépendante ?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p> <p>NSP8</p>	
<p>EC13. Est-ce que (nom) s'entend bien avec les autres enfants ?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p> <p>NSP8</p>	
<p>EC14. Est-ce que (nom) donne des coups de pieds, mord, ou frappe les autres enfants ou les adultes ?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p> <p>NSP8</p>	
<p>EC15. Est-ce que (nom) est facilement distrait ?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p> <p>NSP8</p>	

MICS6.UF.7

DISCIPLINE DE L'ENFANT		UCD
UCD1. Vérifier UB2: Age de l'enfant ?	0 AN1 1, 2, 3 OU 4 ANS..... 2	1 ⇨ Fin
UCD2. Maintenant je voudrais parler de quelque chose d'autre. Les adultes utilisent certains moyens pour apprendre aux enfants à bien se comporter ou pour traiter des problèmes de comportement. Je vais vous lire une liste de méthodes qui sont utilisées. Dites-moi SVP, si vous avez ou n'importe quel autre membre de votre ménage a utilisé une de ces méthodes avec (<i>nom</i>) au cours du mois dernier.	OUI NON	
[A] Retirer des privilèges, interdire quelque chose que (<i>nom</i>) aime faire ou ne pas lui permettre de quitter la maison.	RETIRER DES PRIVILEGES 1 2	
[B] Expliquer à (<i>nom</i>) pourquoi son comportement n'est pas bien.	EXPLIQUER LE MAUVAIS COMPORTEMENT 1 2	
[C] (Le/la) secouer	SECOUER 1 2	
[D] Hurler ou lui crier dessus	HURLER, CRIER DESSUS 1 2	
[E] Lui donner quelque chose d'autre à faire.	DONNER AUTRE CHOSE A FAIRE 1 2	
[F] Lui donner une fessée, le frapper ou le taper sur les fesses à main nues	DONNER UNE FESSEE, FRAPPER, TAPER A MAINS NUES 1 2	
[G] (Le/la) frapper sur les fesses ou sur d'autres parties du corps avec quelque chose tel ceinture, brosse à cheveux, bâton ou autre objet dur	FRAPPER AVEC CEINTURE, BROSSES, BATON OU AUTRE 1 2	
[H] (Le/la) traiter d'idiot, de paresseux ou d'un autre nom comme ça	TRAITER D'IDIOT, PARESSEUX OU AUTRE 1 2	
[I] (Le/la) frapper ou (le/la) gifler sur le visage, la tête ou les oreilles	FRAPPER/GIFLER SUR LE VISAGE, TETE OU OREILLES 1 2	
[J] (Le/la) frapper ou (le/la) taper sur les mains, les bras ou les jambes	FRAPPER/TAPER SUR LES MAINS, BRAS OU JAMBES 1 2	
[K] (Le/la) battre, c'est-à-dire (le/la) frapper encore et encore aussi fort que possible	BATTRE ET FRAPPER ENCORE ET ENCORE AUSSI FORT QUE POSSIBLE 1 2	
UCD3. Vérifier UF4: Est-ce que le/la répondant(e) est la mère ou le/la gardien(ne) d'un autre enfant de moins de 5 ans ou d'un enfant de 5-14 ans sélectionné pour le questionnaire enfant de 5-17 ans ?	OUI 1 NON..... 2	2 ⇨ UCD5
UCD4. Vérifier UF4 : Est-ce que ce/cette répondant(e) a déjà répondu à la question suivante (UCD5 ou FCD5) pour un autre enfant ?	OUI 1 NON..... 2	1 ⇨ Fin
UCD5. Pensez-vous que pour élever ou éduquer correctement un enfant, il est nécessaire qu'il soit puni physiquement ?	OUI 1 NON 2 NSP / PAS D'OPINION 8	

MICS6.UF.8

FONCTIONNEMENT DE L'ENFANT		UCF
UCF1. Vérifier UB2: Age de l'enfant ?	0 OU 1 AN.....1 2, 3 OU 4 ANS2	1 ⇨ Fin
UCF2. Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur les difficultés que (<i>nom</i>) peut connaître: (<i>Nom</i>) porte-t-il/elle des lunettes ?	OUI1 NON2	
UCF3. (<i>Nom</i>) utilise-t-il/elle une prothèse auditive?	OUI1 NON2	
UCF4. (<i>Nom</i>) utilise-t-il/elle un équipement ou reçoit-il/elle de l'assistance pour marcher ?	OUI1 NON2	
UCF5. Pour les questions suivantes, je vous demanderai de répondre en sélectionnant une réponse parmi quatre réponses possibles. Pour chaque question diriez-vous que (<i>nom</i>) a 1) aucune difficulté, 2) quelques difficultés, 3) beaucoup de difficultés ou 4) si il/elle ne peut pas du tout faire l'activité. <i>Répéter les catégories en posant les questions individuelles à chaque fois que la répondante n'utilise pas une des catégories de réponse. Rappelez-vous que les 4 réponses possibles sont Diriez-vous que (<i>nom</i>) a : 1) aucune difficulté, 2) quelques difficultés, 3) beaucoup de difficultés ou 4) ne peut pas du tout faire l'activité ?</i>		
UCF6. Vérifier UCF2: Enfant porte des lunettes ?	OUI, UCF2=11 NON, UCF2=2.....2	1 ⇨ UCF7A 2 ⇨ UCF7B
UCF7A. Lorsqu'il/elle porte ses lunettes, (<i>nom</i>) a-t-il/elle des difficultés à voir ?	AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES3 NE PEUT PAS DU TOUT VOIR.....4	
UCF7B. (<i>Nom</i>) a-t-il/elle des difficultés à voir ?		
UCF8. Vérifier UCF3: Enfant porte une prothèse auditive ?	OUI, UCF3=11 NON, UCF3=2.....2	1 ⇨ UCF9A 2 ⇨ UCF9B
UCF9A. Lorsqu'il/elle utilise sa prothèse auditive, (<i>nom</i>) a-t-il/elle des difficultés à entendre des sons comme la voix des gens ou de la musique ?		
UCF9B. (<i>Nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à entendre des sons comme la voix des gens ou de la musique ?	AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES3 NE PEUT PAS DU TOUT ENTENDRE4	
UCF10. Vérifier UCF4: Enfant utilise un équipement ou reçoit de l'assistance pour marcher ?	OUI, UCF4=11 NON, UCF4=2.....2	1 ⇨ UCF11 2 ⇨ UCF13
UCF11. Sans son équipement ou assistance, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à marcher ?	QUELQUES DIFFICULTES2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER.....4	

MICS6.UF.9

UCF12. Avec son équipement ou assistance, (<i>nom</i>) a-t-il/elle des difficultés à marcher ?	AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER4	1 ⇒UCF14 2 ⇒UCF14 3 ⇒UCF14 4 ⇒UCF14
UCF13. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il/elle des difficultés à marcher ?	AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER4	
UCF14. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à saisir des petits objets avec sa main ?	AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES3 NE PEUT PAS DU TOUT SAISIR4	
UCF15. (<i>Nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à vous comprendre ?	AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES3 NE PEUT PAS DU TOUT COMPRENDRE4	
UCF16. Lorsque(<i>nom</i>) parle, avez-vous des difficultés à le/la comprendre ?	AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES3 NE PEUT PAS DU TOUT ETRE COMPRIS4	
UCF17. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à apprendre des choses ?	AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES3 NE PEUT PAS DU TOUT APPRENDRE4	
UCF18. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à jouer ?	AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES3 NE PEUT PAS DU TOUT JOUER4	
UCF19. Les prochaines questions ont 5 options de réponses différentes. Je vais vous les lire après chaque question. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) donne-t-il/elle des coups de pied, mord-il/elle ou frappe-t-il/elle les autres enfants ou les adultes? Diriez-vous : pas du tout, moins, la même chose, plus ou beaucoup plus ?	PAS DU TOUT1 MOINS2 LA MEME CHOSE3 PLUS4 BEAUCOUP PLUS5	

MICS6.UF.10

ALLAITEMENT ET APPORT ALIMENTAIRE		BD		
BD1. VérifierUB2: Age de l'enfant ?	0, 1, OU 2 ANS 1 3 OU 4 ANS 2	2 ⇒Fin		
BD2. Est-ce que (<i>nom</i>) a été allaité ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	2 ⇒BD3A 8 ⇒BD3A		
BD3. Est-ce que (<i>nom</i>) est toujours allaité ?	OUI 1 NON 2 NSP 8			
BD3A. VérifierUB2: Age de l'enfant ?	0 OU 1 AN 1 2 ANS 2	2 ⇒Fin		
BD4. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (<i>nom</i>) a bu quelque chose au biberon ?	OUI 1 NON 2 NSP 8			
BD5. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (<i>nom</i>) a bu des Sels de Réhydratation Orale (SRO) ou de l'odiva ou de l'hydrazine?	OUI 1 NON 2 NSP 8			
BD6. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (<i>nom</i>) a bu ou mangé des vitamines ou des suppléments minéraux ou n'importe quel médicament?	OUI 1 NON 2 NSP 8			
BD7. Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les autres liquides que (<i>nom</i>) pourrait avoir pris hier durant le jour ou la nuit. SVP, inclure aussi tous les liquides consommés en dehors de la maison. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (<i>nom</i>) a bu (<i>nom du breuvage</i>) :		OUI	NON	NSP
[A] De l'eau simple ?	EAU SIMPLE	1	2	8
[B] Jus de fruits ou boissons à base de jus de fruits ?	JUS OU BOISSON A BASE DE JUS	1	2	8
[C] Bouillon de légume, riz, maïs, etc.)?	BOUILLON CLAIR	1	2	8
[D] Du lait maternisé tel que le nursie ou guigoz ou gallia, etc.?	LAIT MATERNISE	1	2 ☆	8 ☆
[D1] Combien de fois (<i>nom</i>) a-t-il bu du lait maternisé? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.	NOMBRE DE FOIS BU DU LAIT MATERNISE			
[E] Du lait d'animal, qu'il soit frais, en boîte ou en poudre ?	LAIT	1	2 ☆	8 ☆
[E1] Combien de fois (<i>nom</i>) a-t-il bu du lait Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.	NOMBRE DE FOIS BU DU LAIT			
[X] N'importe quels autres liquides ?	AUTRES LIQUIDES	1	2 ☆	8 ☆
[X1] Enregistrer tous les autres liquides mentionnés.	(Préciser) _____			

MICS6.UF.11

<p>BD8. Maintenant je voudrais vous poser des questions sur tout ce que (nom) a mangé hier durant le jour et la nuit. SVP, incluez la nourriture consommée en dehors de votre maison.</p> <p>- Pensez au moment où (nom) s'est réveillé(e) hier. Est-ce qu'il/elle a mangé quelque chose à moment-là ? <i>Si 'Oui' demander:</i> SVP, dites-moi tout ce que (nom) a mangé à ce moment-là. <i>Insister:</i> Rien d'autre ? <i>Enregistrer les réponses en utilisant les groupes d'aliments ci-dessous.</i></p> <p>- Qu'est-ce que (nom) a fait après cela ? Est-ce qu'il/elle a mangé quelque chose à ce moment-là ? <i>Répéter cette série de questions, enregistrer les réponses dans les groupes d'aliments jusqu'à ce que le/la répondant(e) vous dise que l'enfant est allé dormir jusqu'au lendemain matin.</i></p>				
<p><i>Pour chaque groupe d'aliments non mentionné après avoir fini la question au-dessus, demander:</i> Juste pour être sûre, est-ce que (nom) a mangé (groupe d'aliments) hier durant le jour ou la nuit ?</p>				
		OUI	NON	NSP
[A] Du yaourt fait avec du lait d'animal ? <i>Noter que yaourt liquide /à boire doit être capturé à BD7[E] ou à BD7[X] en dépendant du lait avec lequel l'yaourt a été fabriqué.</i>	YAOURT	1	2 ☺ BD8[B]	8 ☺ BD8[B]
[A1] Combien de fois (nom) a-t-il/elle mangé du yaourt ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	NOMBRE DE FOIS MANGE YAOURT _			
[B] De la nourriture pour bébé telle que le koba aïna, du farilac, du kobasoa, du ridielac ou du bledina ?	NOURRITURE FORTIFIEE POUR BEBE	1	2	8
[C] Du pain, riz, pâtes, porridge, ou autres aliments à base de grains ?	NOURRITURE A BASE DE CEREALES	1	2	8
[D] Courge, carotte, citrouille, patate douce qui sont jaune ou orange à l'intérieur ?	COURGE, CAROTTE, CITROUILLE, ETC.	1	2	8
[E] Des pommes de terre, de l'igname, du manioc, patate douce blanche ou autre nourriture à base de tubercules ?	NOURRITURE A BASE DE TUBERCULES	1	2	8
[F] N'importe quels légumes à feuilles vert foncé comme les brèdes, les épinards, les choux, etc. ?	LEGUMES A FEUILLES VERT FONCE	1	2	8
[G] Mangues mures ou des papayes mures ou des goyaves mûres, du melon ou de la grenadelle ?	MANGUE MURE, PAPAYE MURE	1	2	8
[H] Tout autre fruit et légume, comme les bananes, les avocats, les oranges, les tomates ou les ananas ?	AUTRES FRUITS OU LEGUMES	1	2	8
[I] Du foie, des rognons, du cœur ou autres abats ?	ABATS	1	2	8
[J] Toute autre viande comme du bœuf, du porc, de l'agneau, de la chèvre, du poulet, du canard ou des saucisses faites de ces viandes ?	AUTRES VIANDES	1	2	8
[K] Des œufs ?	OEUFS	1	2	8
[L] Du poisson ou des crustacés, frais ou séchés ?	POISSON FRAIS OU SECHE	1	2	8
[M] Des haricots, petits pois, lentilles ou noix (arachides, amandes, etc.) y compris toute préparation faite avec ces aliments ?	NOURRITURES A BASE DE HARICOTS, POIS, NOIX, ETC.	1	2	8
[N] Du fromage ou autre aliment fait avec du lait animal ?	FROMAGE OU AUTRE ALIMENT A BASE DE LAIT	1	2	8

MICS6.UF.12

[X] Autre aliment solide, semi-solide ou mou ?	AUTRE ALIMENT SOLIDE, SEMI-SOLIDE OU MOU	1	2 ☺ BD9	8 ☺ BD9
[X1] <i>Enregistrer tous les aliments solides, semi-solides ou mous qui ne correspondent pas aux groupes d'aliments ci-dessus.</i>	(Préciser) _____			
BD9. Combien de fois (nom) a-t-il/elle mangé des aliments solides, semi-solides ou mou hier durant le jour et la nuit ?	NOMBRE DE FOIS			
<i>Si BD8[A] est 'Oui', s'assurer que les réponses ici incluent le nombre de fois enregistré pour le yaourt en BD8[A1].</i>	NSP			8
<i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>				

MICS6.UF.13

VACCINATIONS		IM	
IM1. Vérifier UB2:Age de l'enfant ?	0, 1, OU 2 ANS 1 3 OU 4 ANS 2	2 ⇒Fin	
IM2. Avez-vous un(e) carnet/carte de vaccinations ou un document d'une formation sanitaire privé où les vaccinations de (<i>nom</i>) sont enregistrées?	OUI, A SEULEMENT UN CARNET/CARTE.....1 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT ..2 OUI, A CARNET/CARTE ET AUTRE DOCUMENT3 NON, N'A NI CARNET/CARTE NI AUTRE DOCUMENT4	3 ⇒IM5	
IM3. Avez-vous déjà eu un(e) carnet/carte de vaccinations ou un document d'une formation sanitaire privé pour (<i>nom</i>)?	OUI.....1 NON2		
IM4. Vérifier IM2:	A SEULEMENT AUTRE DOCUMENT, IM2=2.....1 NI CARNET/CARTE NI AUTRE DOCUMENT DISPONIBLE, IM2=4.....2	2 ⇒IM11	
IM5. Puis-je voir le carnet/carte (et/ou) l'autre document ?	OUI, CARNET/CARTE SEULEMENT VU 1 OUI, AUTRE DOCUMENT SEULEMENT VU..... 2 OUI, CARNET/CARTE ET AUTRE DOCUMENT VUS 3 NI CARNET/CARTE NI AUTRE DOCUMENT VU..... 4	4 ⇒IM11	
IM6. (a) Copier les dates de chaque vaccination à partir de la carte ou du carnet. (b) Ecrire '44' dans la colonne jour si la/le carte/carnet montre que la vaccination a été donnée mais la date n'est pas enregistrée.	DATE DE VACCINATION		
	JOUR	MOIS	ANNEE
BCG	BCG		2 0 1
Polio (VPO) (à la naissance)	VPO0		2 0 1
Polio (VPO) 1	VPO1		2 0 1
Polio (VPO) 2	VPO2		2 0 1
Polio (VPO) 3	VPO3		2 0 1
Polio (VPI)	VPI		2 0 1
Pentavalent (DTC, HepB, Hib) 1	Penta1		2 0 1
Pentavalent (DTC, HepB, Hib) 2	Penta2		2 0 1
Pentavalent (DTC,HepB, Hib) 3	Penta3		2 0 1
Pneumocoque (Conjugué) 1	PCV10-1		2 0 1
Pneumocoque (Conjugué) 2	PCV10-2		2 0 1
Pneumocoque (Conjugué) 3	PCV10-3		2 0 1
Rotavirus 1	Rota1		2 0 1
Rotavirus 2	Rota2		2 0 1
VAR	VAR		2 0 1
IM7. Vérifier IM6 :Tous les vaccins (BCG à VAR) enregistrés ?	OUI..... 1 NON 2	1 ⇒Fin	

MICS6.UF.14

IM8. Est-ce que (<i>nom</i>) a participé aux campagnes de vaccination, journées nationales de vaccination ou journées de santé de la mère et de l'enfant suivantes :	O N NSP	
[A] 2018/FAV Polio	FAV POLIO, 20181 2 8	
[B] 2018/SSME	SSME, 20181 2 8	
[C] 2017/FAV Polio	FAV POLIO, 20171 2 8	
[D] 2017/SSME	SSME, 20171 2 8	
[E] 2016/FAV Polio	FAV POLIO, 20161 2 8	
[F] 2016/SSME	SSME, 20161 2 8	
[G] 2015/FAV Polio	FAV POLIO, 20151 2 8	
[H] 2015/SSME	SSME, 20151 2 8	
IM9. En plus de ce qui est enregistré dans le document que vous nous avez montré, est-ce que (<i>nom</i>) a reçu d'autres vaccinations y compris des vaccinations reçues pendant les campagnes, journées nationales de vaccination ou journées de santé de l'enfant qu'on vient de mentionner ?	OUI..... 1 NON 2 NSP 8	2 ⇒Fin 8 ⇒Fin
IM10. Retourner à IM6 et insister pour ces vaccinations. Enregistrer '66' dans la colonne jour correspondante pour chaque vaccin reçu. Pour les vaccinations <u>pas</u> reçues, enregistrer '00'. Quand c'est fait, aller à la fin du module.		⇒Fin
IM11. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu des vaccinations pour l'empêcher d'attraper des maladies, y compris des vaccinations reçues pendant des campagnes de vaccination, des journées nationales de vaccination ou journées de santé de l'enfant ?	OUI..... 1 NON 2 NSP 8	
IM12. Est-ce que (<i>nom</i>) a participé aux campagnes, journées nationales de vaccination ou journées de santé de la mère et de l'enfant suivantes :	O N NSP	
[A] 2018/FAV Polio	FAV POLIO, 20181 2 8	
[B] 2018/SSME	SSME, 20181 2 8	
[C] 2017/FAV Polio	FAV POLIO, 20171 2 8	
[D] 2017/SSME	SSME, 20171 2 8	
[E] 2016/FAV Polio	FAV POLIO, 20161 2 8	
[F] 2016/SSME	SSME, 20161 2 8	
[G] 2015/FAV Polio	FAV POLIO, 20151 2 8	
[H] 2015/SSME	SSME, 20151 2 8	
IM13. Vérifier IM11 et IM12:	TOUT NON OU NSP.....1 AU MOINS UN OUI2	1 ⇒Fin
IM14. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose – c'est-à-dire une injection faite dans le bras ou l'épaule et qui laisse habituellement une cicatrice ?	OUI.....1 NON2 NSP8	

MICS6.UF.15

IM16. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu un vaccin sous forme de gouttes dans la bouche pour le/la protéger contre la polio ? <i>Insister en indiquant que la première goutte est généralement donnée à la naissance et les autres en même temps que des injections contre d'autres maladies.</i>	OUI.....1	2 ⇨IM20
	NON2	
	NSP8	
IM17. Est-ce que les premières gouttes de Polio ont été données dans les 2 premières semaines après la naissance ?	OUI.....1	
	NON2	
	NSP8	
IM18. Combien de fois les gouttes de Polio ont été données ?	NOMBRE DE FOIS__	
	NSP8	
IM19. La dernière fois que (<i>nom</i>) a reçu des gouttes de Polio, est-ce qu'il/elle a également reçu une injection pour le/la protéger contre la Polio ? <i>Insister pour s'assurer que les deux, gouttes et injection, ont été données.</i>	OUI.....1	
	NON2	
	NSP8	
IM20. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin Pentavalent– c'est-à-dire une injection dans la cuisse gauche pour l'empêcher d'attraper le tétanos, la coqueluche, la diphtérie, l'hépatite B et l'Haemophilus influenzae de type b (méningite) ? <i>Insister en indiquant que le vaccin Pentavalent est parfois donné en même temps que les gouttes de Polio.</i>	OUI.....1	2 ⇨IM22
	NON2	
	NSP8	
IM21. Combien de fois le vaccin Pentavalent a été donné ?	NOMBRE DE FOIS__	
	NSP8	
IM22. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin Pneumocoque Conjugué –PCV10– c'est-à-dire une injection dans la cuisse droite pour l'empêcher d'attraper une maladie pneumococcique, y compris les infections d'oreille et la méningite causée par le pneumocoque? <i>Insister en indiquant que le vaccin PCVest parfois donné en même temps que le Pentavalent</i>	OUI.....1	2 ⇨IM24
	NON2	
	NSP8	
IM23. Combien de fois le vaccin Pneumocoque Conjugué PCV10 a été donné ?	NOMBRE DE FOIS__	
	NSP8	

MICS6.UF.16

IM24. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin Rotavirus – c'est-à-dire du liquide dans la bouche pour prévenir la diarrhée ? <i>Insister en indiquant que le vaccin Rotavirus est parfois donné en même temps que le Pentavalent</i>	OUI.....1	2 ⇨IM26
	NON2	
	NSP8	
IM25. Combien de fois le vaccin Rotavirus a été donné ?	NOMBRE DE FOIS__	
	NSP8	
IM26. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin VAR– c'est-à-dire une injection dans le bras droit à l'âge de 9 mois ou plus pour l'empêcher d'attraper la rougeole?	OUI.....1	
	NON2	
	NSP8	

MICS6.UF.17

<p>CA9. Où avez-vous eu les (SRO mentionné en CA7[A] et/ou en CA7[B])?</p> <p><i>Insister pour identifier le type de source.</i></p> <p><i>S'il les avait déjà à la maison', insister pour savoir si la source est connue.</i></p> <p><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement W jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HOPITAL GOUVERNEMENTAL.....A CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTAL.....B POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTAL..C AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE...D CLINIQUE MOBILE/ STRATEGIE AVANCEE.....E AUTRE MEDICAL PUBLIC (préciser).....H</p> <p>SECTEUR PRIVE HOPITAL PRIVE / CLINIQUE.....I MEDECIN PRIVE.....J PHARMACIE PRIVEE.....K AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (NON GOUVERNEMENTAL).....L CLINIQUE MOBILE.....M AUTRE MEDICAL PRIVE (préciser).....O</p> <p>NE SAIT PAS PUBLIC OU PRIVE.....W</p> <p>AUTRE SOURCE FAMILLE/AMIS.....P BOUTIQUE/MARCHE/RUE.....Q PRATICIEN TRADITIONNEL.....R</p> <p>AUTRE (préciser).....X NSP/NE SE RAPPELLE PAS.....Z</p>	
<p>CA10. Vérifier CA7[C]: Est-ce que l'enfant a reçu du zinc?</p>	<p>OUI, CA7[C]=1.....1 NON, CA7[C] ≠1.....2</p>	<p>2 ⇒ CA12</p>

MICS6.UF.20

<p>CA11. Où avez-vous eu le zinc?</p> <p><i>Insister pour identifier le type de source.</i></p> <p><i>Si 'l'avait déjà à la maison', insister pour savoir si la source est connue.</i></p> <p><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement W jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HOPITAL GOUVERNEMENTAL.....A CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTAL.....B POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTAL..C AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE...D CLINIQUE MOBILE/ STRATEGIE AVANCEE.....E AUTRE MEDICAL PUBLIC (préciser).....H</p> <p>SECTEUR PRIVE HOPITAL PRIVE / CLINIQUE.....I MEDECIN PRIVE.....J PHARMACIE PRIVEE.....K AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (NON GOUVERNEMENTAL).....L CLINIQUE MOBILE.....M AUTRE MEDICAL PRIVE (préciser).....O</p> <p>NE SAIT PAS PUBLIC OU PRIVE.....W</p> <p>AUTRE SOURCE FAMILLE/AMIS.....P BOUTIQUE/MARCHE/RUE.....Q PRATICIEN TRADITIONNEL.....R</p> <p>AUTRE (préciser).....X NSP / NE SE RAPPELLE PAS.....Z</p>	
<p>CA12. Est-ce que quelque chose d'autre a été donné pour traiter la diarrhée ?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>	<p>2 ⇒ CA14 8 ⇒ CA14</p>
<p>CA13. Qu'est-ce qui a été donné en plus pour traiter la diarrhée ?</p> <p><i>Insister:</i> Rien d'autre ?</p> <p><i>Enregistrer tous les traitements donnés. Ecrire le nom/marque de tous les médicaments donnés.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom/marque)</p> <p>_____</p> <p>(Nom/marque)</p>	<p>COMPRIMES OU SIROP ANTIBIOTIQUE.....A ANTIMOTILITE(ANTI-DIARRHEIQUE)....B AUTRE COMPRIME OU SIROP.....G COMPRIME OU SIROP INCONNU.....H</p> <p>INJECTION ANTIBIOTIQUE.....L PAS ANTIBIOTIQUE.....M INJECTION INCONNUE.....N</p> <p>INTRAVEINEUSE (IV).....O</p> <p>REMEDE MAISON/ HERBE MEDICINALE..Q</p> <p>AUTRE (préciser).....X</p>	
<p>CA14. A n'importe quel moment au cours des deux dernières semaines, est-ce que (nom) a été malade avec de la fièvre ?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>	<p>2 ⇒ CA16 8 ⇒ CA16</p>

MICS6.UF.21

CA15. À n'importe quel moment durant sa maladie, est-ce que (<i>nom</i>) a eu du sang prélevé au bout de son doigt ou au talon pour effectuer un test ?	OUI..... 1	
	NON 2	
	NSP..... 8	
CA16. A n'importe quel moment au cours des deux dernières semaines, est-ce que (<i>nom</i>) a eu une maladie avec de la toux ?	OUI..... 1	
	NON 2	
	NSP..... 8	
CA17. A n'importe quel moment au cours des deux dernières semaines, est-ce que (<i>nom</i>) a eu une respiration rapide et forte ou des difficultés à respirer ?	OUI..... 1	
	NON 2	2 ⇨ CA19
	NSP..... 8	8 ⇨ CA19
CA18. La respiration rapide ou les difficultés respiratoires étaient-elles dues à un problème de bronches, ou à un nez bouché ou qui coulait ?	PROBLEMES DANS LA POITRINE SEULEMENT..... 1	1 ⇨ CA20
	NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT 2	2 ⇨ CA20
	LES DEUX 3	3 ⇨ CA20
	AUTRE(<i>préciser</i>) 6	6 ⇨ CA20
	NSP..... 8	8 ⇨ CA20
CA19. Vérifier CA14: Est-ce que l'enfant a eu de la fièvre ?	OUI, CA14=1 1	
	NON OU NSP, CA14=2 OU 8 2	2 ⇨ CA30
CA20. Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie quelque part ?	OUI..... 1	
	NON 2	2 ⇨ CA22
	NSP..... 8	8 ⇨ CA22

CA21. Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement ? <i>Insister: Quelque part d'autre ?</i> <i>Enregistrer tous les fournisseurs mentionnés mais ne pas faire de suggestions.</i> <i>Insister pour identifier chaque type de fournisseur.</i> <i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement W jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i> _____ <i>(Nom de l'endroit)</i>	SECTEUR PUBLIC HOPITAL GOUVERNEMENTAL.....A CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTALB POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTAL...C AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE...D CLINIQUE MOBILE/ STRATEGIE AVANCEEE AUTRE MEDICAL PUBLIC <i>(préciser)</i>H	
	SECTEUR PRIVE HOPITAL PRIVE / CLINIQUEI MEDECIN PRIVE.....J PHARMACIE PRIVEEK AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (NON GOUVERNEMENTAL)L CLINIQUE MOBILEM AUTRE MEDICAL PRIVE <i>(préciser)</i>O	
	NE SAIT PAS PUBLIC OU PRIVEW	
	AUTRE SOURCE FAMILLE/AMISP BOUTIQUE/MARCHE/RUE.....Q PRATICIEN TRADITIONNELR AUTRE (<i>préciser</i>)X	
CA22. A n'importe quel moment de sa maladie, est-ce que (<i>nom</i>) a reçu un médicament pour cette maladie ?	OUI..... 1	
	NON 2	2 ⇨ CA30
	NSP..... 8	8 ⇨ CA30

<p>CA23. Quel médicament (<i>nom</i>) a-t-il/elle reçu ?</p> <p><i>Insister:</i> Rien d'autre ?</p> <p><i>Si impossible de déterminer le type de médicament, noter le nom / la marque et enregistrer temporairement W jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom/marque)</p> <p>_____</p> <p>(Nom/marque)</p>	<p>ANTI-PALUDIQUES COMBINAISON THERAPEUTIQUE A BASE D'ARTEMISININE (CTA)A SP / FANSIDAR.....B CHLOROQUINEC AMODIAQUINED QUININE EN COMPRIMES.....E EN INJECTION/IVF ARTESUNATE EN SUPPOSITOIREG AUTRE INJECTION/IVH AUTREANTI-PALUDIQUE (préciser)_____K</p> <p>ANTIBIOTIQUES AMOXICILLIN.....L COTRIMOXAZOLEM AUTRES COMPRIMES OU SIROP ANTIBIOTIQUEN AUTREINJECTION/IV ANTIBIOTIQUE.....O</p> <p>AUTREMEDICAMENTS PARACETAMOL/PANADOL/ ACETAMINONPHENR ASPIRINES IBUPROFENT</p> <p>SEULEMENT NOM DE MARQUE ENREGISTREW</p> <p>AUTRE (préciser)_____X NSPZ</p>	
<p>CA24. Vérifier CA23: Antibiotiques mentionnés ?</p>	<p>OUI, ANTIBIOTIQUES MENTIONNES, CA23=L-O 1 NON, ANTIBIOTIQUES PAS MENTIONNES 2</p>	<p>2 ⇒CA26</p>

MICS6.UF.24

<p>CA25. Où avez-vous obtenu (<i>nom du médicament de CA23, codes L à O</i>)?</p> <p><i>Insister pour identifier le type de source.</i></p> <p><i>Si 'l'avait déjà à la maison', insister pour savoir si la source est connue.</i></p> <p><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement W jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HOPITAL GOUVERNEMENTAL.....A CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTAL.....B POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTAL...C AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE...D CLINIQUE MOBILE/ STRATEGIE AVANCEEE AUTRE MEDICAL PUBLIC (préciser)_____H</p> <p>SECTEUR PRIVE HOPITAL PRIVE / CLINIQUE.....I MEDECIN PRIVE.....J PHARMACIE PRIVEE.....K AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (NON GOUVERNEMENTAL)L CLINIQUE MOBILEM AUTRE MEDICAL PRIVE (préciser)_____O</p> <p>NE SAIT PAS PUBLIC OU PRIVEW</p> <p>AUTRE SOURCE FAMILLE/AMISP BOUTIQUE/MARCHE/RUE.....Q PRATICIEN TRADITIONNELR</p> <p>AUTRE (préciser)_____X NSP / NE SE RAPPELLE PASZ</p>	
<p>CA26. Vérifier CA23: Antipaludéens mentionnés ?</p>	<p>OUI, ANTIPALUDEENS MENTIONNES, CA23=A-K 1 NON, ANTIPALUDEENS PAS MENTIONNES 2</p>	<p>2 ⇒CA30</p>

MICS6.UF.25

<p>CA27. Ou avez-vous obtenu (<i>nom du médicament de CA23, codes A à K</i>)?</p> <p><i>Insister pour identifier le type de source.</i></p> <p><i>Si 'l'avait déjà à la maison', insister pour savoir si la source est connue.</i></p> <p><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement W jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HOPITAL GOUVERNEMENTAL.....A CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTAL.....B POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTAL..C AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE...D CLINIQUE MOBILE/ STRATEGIE AVANCEE.....E AUTRE MEDICAL PUBLIC (préciser).....H</p> <p>SECTEUR PRIVE HOPITAL PRIVE / CLINIQUE.....I MEDECIN PRIVE.....J PHARMACIE PRIVEE.....K AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (NON GOUVERNEMENTAL).....L CLINIQUE MOBILE.....M AUTRE MEDICAL PRIVE (préciser).....O</p> <p>NE SAIT PAS PUBLIC OU PRIVE.....W</p> <p>AUTRE SOURCE FAMILLE/AMIS.....P BOUTIQUE/MARCHE/RUE.....Q PRATICIEN TRADITIONNEL.....R</p> <p>AUTRE (préciser).....X NSP / NE SE RAPPELLE PAS.....Z</p>	
<p>CA28. Vérifier CA23: Plus qu'un antipaludéen enregistré dans les codes A à K?</p>	<p>OUI, PLUSIEURS ANTIPALUDEENS MENTIONNES 1 NON, SEULEMENT UN ANTIPALUDEEN MENTIONNE..... 2</p>	<p>1 ⇒ CA29A 2 ⇒ CA29B</p>
<p>CA29A. Combien de temps après le début de la fièvre (<i>nom</i>) a-t-il/elle commencé à prendre le premier de (<i>nom de tous les antipaludéens enregistrés à CA23, codes A à K</i>)?</p> <p>CA29B. Combien de temps après le début de la fièvre (<i>nom</i>) a-t-il/elle commencé à prendre le (<i>nom de l'antipaludéen enregistré à CA23, codes A à K</i>)?</p>	<p>MEME JOUR 0 JOUR SUIVANT..... 1 2 JOURS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE..... 2 3 JOURS OU PLUS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE..... 3 NSP..... 8</p>	
<p>CA30. Vérifier UB2: Age de l'enfant ?</p>	<p>0, 1 OU 2 ANS 1 3 OU 4 ANS 2</p>	<p>2 ⇒ Fin</p>

MICS6.UF.26

<p>CA31. La dernière fois que (<i>nom</i>) a déféqué, qu'est-ce qui a été fait pour se débarrasser des selles ?</p>	<p>ENFANT A UTILISE LES TOILETTES/LATRINES01 MIS/JETE DANS LES TOILETTES/LATRINES02 MIS/ JETE DANS LA FOSSE OU RIGOLE ...03 JETE DANS LES ORDURES (DECHETS SOLIDES)04 ENTERRE05 LAISSE A L'AIR LIBRE.....06</p> <p>AUTRE (préciser).....96 NSP.....98</p>	
<p>UF11. Enregistrer l'heure.</p>	<p>HEURES ET MINUTES : ..</p>	
<p>UF12. Langue du questionnaire.</p>	<p>MALAGASY..... 1 FRANCAIS 2</p>	
<p>UF13. Langue de l'entretien.</p>	<p>MALAGASY..... 1 FRANCAIS 2</p>	
<p>UF14. Langue maternelle du/de le/la répondant(e).</p>	<p>MALAGASY..... 1 FRANCAIS 2</p> <p>AUTRE LANGUE (préciser)..... 6</p>	
<p>UF15. Est-ce qu'un traducteur a été utilisé pour n'importe quelle partie de ce questionnaire?</p>	<p>OUI, QUESTIONNAIRE ENTIER..... 1 OUI, PARTIES DU QUESTIONNAIRE 2 NON, PAS UTILISE 3</p>	
<p>UF16. Dire au/à la répondant(e) que vous devez mesurer et peser l'enfant avant de partir du ménage et qu'un(e) collègue viendra s'en occuper avec vous. Préparer la FICHE DU MODULE ANTHROPOMETRIE pour cet enfant et compléter le panneau d'information sur cette fiche.</p> <p>Vérifier les colonnes HL10 et HL20 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, QUESTIONNAIRE MENAGE : Est-ce que le/la répondante est la mère/gardien(ne) d'un autre enfant de 0-4 ans vivant dans ce ménage ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à UF17 dans le PANNEAU D'INFORMATION MOINS DE 5 ANS et enregistrer '01'. Puis aller au Prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS à administrer à le/la même répondant(e).</p> <p><input type="checkbox"/> Non ⇒ Vérifier HL6 et colonne HL20 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, QUESTIONNAIRE MENAGE : Est-ce que le/la répondant(e) est la mère/gardien(ne) d'un enfant de 5-17 ans sélectionné pour le Questionnaire Enfant de 5-17 ans dans ce ménage?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI ⇒ Aller à UF17 dans le PANNEAU D'INFORMATION MOINS DE 5 ANS et enregistrer '01'. Puis aller au QUESTIONNAIRE ENFANT DE 5-17 ANS à administrer à le/la même répondante.</p> <p><input type="checkbox"/> NON ⇒ Aller à UF17 dans le PANNEAU D'INFORMATION MOINS DE 5 ANS et enregistrer '01'. Puis finir l'interview avec ce/cette répondant(e) en le/la remerciant pour sa coopération. Vérifier s'il y a d'autres questionnaires à administrer dans ce ménage.</p>		

MICS6.UF.27

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRIX

--

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

--

MICS6.UF.28

PANNEAU D'INFORMATION MODULE ANTHROPOMETRIE

AN

AN1. Numéro de grappe : _____	AN2. Numéro du ménage: _____
AN3. Nom et numéro de ligne de l'enfant : NOM _____	AN4. Age de l'enfant à UB2: AGE (EN ANNEES REVOLUES).....
AN5. Nom et numéro de ligne de la mère / gardien(ne) : NOM _____	AN6. Nom et numéro de l'enquêtrice : NOM _____

ANTHROPOMETRIE

AN7. Nom et numéro du mesureur : NOM _____		
AN8. Enregistrer le résultat de la mesure du poids tel que lu à haute voix par le mesureur : <i>Redire au mesureur la mesure et s'assurer qu'il/elle a bien vérifié votre enregistrement.</i>	KILOGRAMMES (KG) , _____ ENFANT PAS PRESENT 99.3 ENFANT REFUS 99.4 RECONDANTE REFUSE 99.5 AUTRE (préciser) 99.6	99.3 ⇨ AN13 99.4 ⇨ AN10 99.5 ⇨ AN10 99.6 ⇨ AN10
AN9. Est-ce que l'enfant a été déshabillé jusqu'au minimum?	OUI 1 NON, L'ENFANT N'A PAS PU ETRE DESHABILLE AU MINIMUM 2	
AN10. Vérifier AN4: Age de l'enfant ?	0 OU 1 AN 1 2, 3 OU 4 ANS 2	1 ⇨ AN11A 2 ⇨ AN11B
AN11A. L'enfant a moins de 2 ans et doit être mesuré couché. Enregistrer le résultat de la mesure de la longueur tel que lu à haute voix par le mesureur : <i>Redire au mesureur la mesure et s'assurer qu'il/elle a bien vérifié votre enregistrement.</i>	LONGUEUR / TAILLE (CM)..... , _____ ENFANT REFUSE 999.4 RECONDANTE REFUSE 999.5 AUTRE (préciser) 999.6	999.4 ⇨ AN12A 999.5 ⇨ AN12A 999.6 ⇨ AN12A
AN11B. L'enfant a au moins 2 ans et doit être mesuré debout. Enregistrer le résultat de la mesure de la taille tel que lu à haute voix par le mesureur : <i>Redire au mesureur la mesure et s'assurer qu'il/elle a bien vérifié votre enregistrement.</i>		
AN12. Comment est-ce que l'enfant a été mesuré ? Couché ou debout?	COUCHE 1 DEBOUT 2	
AN12A. Observation œdèmes bilatéraux.	OUI 1 NON 2 OBSERVATION PAS FAITE 3	
AN12C. Vérifier l'âge de l'enfant en mois à partir de UB1.	AGE 0-5 MOIS 1 AGE 6-59 MOIS 2	1 ⇨ AN13

MICS6.UF.29

AN12B. Enregistrer le résultat de la mesure du périmètre brachial tel que lu à haute voix par le mesureur : <i>Assurez-vous que la mesure est faite sur le bras gauche de l'enfant.</i> <i>Redire au mesureur la mesure et s'assurer qu'il/elle a bien vérifié votre enregistrement.</i>	MILLIMETRES (MM) ENFANT REFUSE 994 REONDANTE REFUSE 995 AUTRE (préciser)..... 996	
AN13. Date d'aujourd'hui : Jour/ Mois / Année: _____ / _____ / <u>2 0 1 8</u>		
AN14. Est-ce qu'il y a un autre enfant de moins de 5 ans dans ce ménage qui n'a pas encore été mesuré ?	OUI.....1 NON.....2	1 ⇒ <i>Enfant suivant</i>
AN15. Remercier la répondante pour sa coopération et informer votre chef d'équipe que le mesureur et vous, avez fini toutes les mesures de ce ménage.		

MICS6.UF.30

PANNEAU D'INFORMATION DE L'HOMME		MWM
MWM1. Numéro de grappe : _____	MWM2. Numéro du ménage : _____	
MWM3. Nom et numéro de ligne de l'homme : NOM _____	MWM4. Nom et numéro du Chef d'équipe : NOM _____	
MWM5. Nom et numéro de l'enquêteur : NOM _____	MWM6. Jour / Mois / Année de l'interview: _____ / _____ / <u>2 0 1 8</u>	

<i>Vérifier l'âge de l'homme en HL6 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE DU QUESTIONNAIRE MENAGE : si l'âge est de 15-17ans, vérifier à HH39 que le consentement d'un adulte pour l'interview a été donné ou n'est pas nécessaire (HL20=90). Si le consentement est nécessaire, mais pas obtenu, l'interview ne peut pas commencer ; enregistrer alors '06' à MWM17.</i>	MWM7. Enregistrer l'heure : HEURES : MINUTES _____ : _____
MWM8. Vérifier les questionnaires complétés dans ce ménage : avez-vous ou un autre membre de votre équipe déjà interviewé ce répondant sur un autre questionnaire ?	OUI, DEJA INTERVIEWE..... 1 1 ⇒ <i>MWM9B</i> NON, PREMIERE INTERVIEW..... 2 2 ⇒ <i>MWM9A</i>
MWM9A. Nous sommes de l'Institut National de la Statistique. Nous menons une enquête sur la situation des enfants, des familles et des ménages. Je voudrais parler avec vous de votre santé et d'autres sujets. Cette interview prend habituellement 20 minutes . Nous enquêtons également les mères au sujet de leurs enfants. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question ou voulez stopper l'enquête, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ?	MWM9B. Maintenant Je voudrais parler avec vous de votre santé et d'autres sujets. Cette interview prend habituellement 20 minutes . Nous enquêtons également les mères au sujet de leurs enfants. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question ou voulez stopper l'enquête, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ?
OUI..... 1 NON / PAS DEMANDE 2	1 ⇒ <i>Module CARACTERISTIQUES DE L'HOMME</i> 2 ⇒ <i>MWM17</i>

MWM17. Résultat de l'interview Homme. <i>Discuter tous les résultats non complets avec votre chef d'équipe.</i>	COMPLETE 01 PAS A LA MAISON 02 REFUSE..... 03 PARTIELLEMENT COMPLETE..... 04 EN INCAPACITE (préciser)..... 05 PAS DE CONSENTEMENT D'UN ADULTE POUR CE REONDANT DE 15-17 ANS 06 AUTRE (préciser) 96
---	--

MICS6.ME.1